

賴兩陽

近幾年來，歐美國家人群服務（Human service）受到新自由主義及新管理主義思潮的影響，有朝向福利混合經濟（Mixed economies of welfare）的方向聚合，服務的供給體系不再以政府為主體，開始大力結合志願部門（voluntary sector）、非正式部門（informal sector）與商業部門（commercial sector）共同推動。這四大服務供給部門當中以商業部門最具發展性，但也最具爭議性。引進企業力量提供人群服務工作，已有先例可循，例如美國的健康保險、日本的介護保險與智利的年金保險，都有不同程度結合商業部門的措施，這些傳統上被認為是政府責任的「福利」措施，逐漸的往「商業化」（commercialization）傾斜。即使是台灣，企業提供人群

服務也方興未艾。在可預見的未來，台灣老年人口會呈現遽增的現象，使老人服務形成一個可以期待的「商機」，遂有一些企業開始投入安養照顧服務，形成另一種產業的發展。

在資本主義的經濟結構之下，人群服務的提供無法排除商業行為的介入，亦即人群服務的供給是開放且中立的，端視誰在介入？如何介入？介入方案為何？服務供給部門可以是營利的也可以是非營利的，不過，如以營利的方式提供服務，係屬服務「商品化」行為，當然不是屬於「社會福利」；以非營利組織的型態對弱勢者提供服務，本質上較具有利他主義、社會公益的精神，才是屬於「社會福利」的範疇。非營利組織並不表示不能收

費或不能創造利潤，否則非營利組織也無法持續經營，只是所創造的利潤不能做為盈餘分配。但當營利組織與政府及非營利組織在競逐人群服務供給時，其優勢與弱勢何在？追求利潤，將本求利，重視效率的企業經營手法，是否就是人群服務機構管理的萬靈丹？是否會讓非營利組織一蹶不振？這是本文想要進一步瞭解的問題。

一、福利混合經濟的商業化趨勢

(一)福利混合經濟的發展

人群服務商業化的趨勢，在1980年代之後，大為興盛，頗符合福利混合經濟或福利多元主義（welfare pluralism）的精神。福利混合經濟思潮的產生源於1973年石油危機之後，歐洲福利國家飽受來自左右兩派的攻擊，這些對福利國家的批判，均源自於政府的超載（overload）及財政與經濟的惡化。因此，左右兩派幾乎都同意，福利國家已過度官僚化（over-bureaucratic）無法回應民眾的需求，產生了經濟、政府、財政與合法性危機，而必須改弦更張了（Johnson, 1987）。而福利國家最重要的改革就是朝向福利混合經濟的方向發展，除了代表

在福利意識型態上接受新自由主義為主要的觀點之外，歐洲福利國家對福利混合經濟的信心，也來自於日本經驗。日本在1973年歷經石油危機之後，使當局認為：福利國家的發展對於與其他西方國家競爭是不利的，因此，他們開始提出日本不需要福利國家，因為他們已經有福利社會（welfare society）（Gould, A., 吳明儒、賴兩陽合譯，1997：16～20）。這樣的策略似乎是成功的，日本在1970年代從經濟衰退下快速復甦，成為世界經濟的超強國家，迫使西方福利國家開始思考日本福利制度的優點，並加以學習，Gould甚至指稱這種現象是「福利日本化」（welfare Japanization）。福利混合經濟遂被視為是繼1960年代工業主義邏輯（logic of industrialism）之後的新聚合（new convergence）（Kerr et al., 1962: 33; Gould, 1993: 7）。

福利混合經濟基本上的意涵就是國家不再是福利供給的主體，而是由政府部門、志願部門、商業部門與非正式部門共同擔負起福利供給的責任。這幾個福利供給體系的互動關係，構成了現今福利國家的發展趨勢。Gilbert等人更以國家角色為中心，區分出中央／地方與公／私部門兩個理念軸，用以分析

1980 年代福利國家的發展，歸納出分權化（decentralization）、民營化（privatization）和商業化三種趨勢。這種趨勢符合新右派的思維，但也因福利國家改革的制度安排方式不同，例如市場、國家或家庭取向的不同重要性所做的制度安排，而呈現出不相同的轉型路徑（李碧涵，2000）。

Johnson（1999：24）更進一步修正 Anheier 與 Seiber 服務輸送趨勢，加強市場與商業供給的角色，認為這是現代福利的混合經濟，有別於傳統的福利混合經濟（如表 1）（賴兩陽，2006：35）。這一個表

固然頗具分析能力，不過，卻有一個嚴重的缺點，無法看出供給、財務與管制間的平衡關係及參與的範圍。例如，現代福利混合經濟的財務來源包括：政府、私人、付費與收費，但是每一個之間卻有密切的關係，政府財源往往是最優先的地位，志願部門有許多經費是從政府補助而來，同樣的，市場導向的商業供給也會有一部分經費係與政府簽訂契約，從政府撥補而來，而規範者的角色，更是政府責無旁貸的功能，此種混合的現象是表 1 無法說明的部分。

表 1：服務輸送的發展趨勢

發展趨勢	供給	財務	管制
國家導向	政府	政府	政府
傳統福利混合經濟	政府、志願組織	政府、私人來源	政府、自我管制的社團
現代福利混合經濟	政府、志願組織、商業供給	政府、私人來源、付費與收費	政府、自我管制的社團、市場
市場導向	商業供給	付費與收費	市場

資料來源：Johnson（1999: 24）修正 Anheier 與 Seiber（1998）的模型

另外，這種福利的趨勢是屬於線性發展，隱然當中意涵著「國家導向」是退步的、落後的、保守的，「市場導向」則是進步的、先進的、開放的，因此，發展路徑就是朝市場導向前進，這種說法無法

解釋為什麼市場有那麼大的影響力？為什麼政府、志願與非正式部門必須撒手不管？究竟有哪個國家是以商業供給作為服務的主體？顯然這種「發展趨勢」有其盲點。

(二) 人群服務「商業化」的意涵

所謂「商業化」可視為「以企業做為提供服務的單位，引進市場經營的法則，如利潤導向、價格機制、成本概念等作法，強調利用服務者的購買力和受益者付費等措施，務求所提供的服務能夠創造利潤，以累積財富並作為持續服務的基礎」。「人群服務商業化」並不等於「社會福利民營化」，政府將原本福利供給的責任移轉給民間，基本上有 3 種途徑，一是移轉給非營利組織，二是移轉給非正式部門，三是移轉給商業部門，因此，「商業化」係屬「民營化」當中的一環。另外，「商業化」也不等於「企業化」，企業化的意涵是指運用企業精神與管理制度來經營一個事業體，可以是營利組織也可以是非營利組織；「商業化」也不必然是「產業化」，許多福利產業的經營主體是社會福利機構，雖然可以透過產品生產與行銷過程，獲得利潤，充裕資源。但是，仍常具有對弱勢族群教育訓練或創造就業機會的內涵，不純粹只是商業行為。

不過，社會福利與非社會福利之間，仍然有些模糊地帶存在。如社會工作私人開業或收費服務，一般都認為那是「非社會福利」。但是，有些收費的社會服務採取「量能收費」，也就是低收入者收費較少或免費，這是「半社會福利」。本質上，這些收費的專業服務，包括私人開業的社工師、醫師、牙醫師、律師都是靠著專業主義來保護其收費的特權，也就是「賺別人付得起的」，不能算社會福利（林萬億，2003：21）。

當然，當企業在提供弱勢者服務時，也在兼顧社會責任，如何在商業利益與社會責任中取得平衡，通常是企業經營人群服務事業中的兩難，我們也可以將此類型企業稱為「社會性企業」，以有別於「商業性企業」。幾乎沒有哪個社會性企業能夠純粹是慈善性或純粹是商業性的，他們中的大多數都是兩種因素結合在一起，試圖達到平衡的狀態（見表 2）（Herzlinger, E. R., 北京新華信商業風險管理有限責任公司譯，1997）。

表 2：社會性企業光譜

		← 純粹慈善性	→ 純粹商業性		
動機、手段和目的		追求名譽完成使命社會價值	複雜的動機迫於使命和市場競爭的壓力社會和經濟價值	滿足自身利益追求市場利潤經濟價值	
主要利益關係者	受益人	免費	折扣價或介於免費與全額付費之間	市場平均價格	
	資金來源	捐款和資助	低於市場價格的資本或捐款與市場利率資本的混合	市場平均資本	
	人力來源	志工	低於市場的薪資或志工與專職人員	市場平均薪資	
	捐款形式	非貨幣捐助	特別優惠或非貨幣捐助與貨幣形式捐款的混合	市場平均價格	

資料來源：修改至 Herzlinger, E. R. 北京新華信商業風險管理有限責任公司譯（1997）非營利組織管理。

(三)商業化的市場邏輯

「商業化」的基本精神就是引進市場的力量，分擔政府法定福利的責任。但觀諸許多國家都在商業與公共部門之間的平衡關係，卻有程度不同的差異。在美國的社會福利私有市場比英國、瑞典更加凸顯，對這種福利形式提出 3 個可能的假設（Johnson, 1999: 93）：

1. 私有市場與法定主要供給者是同時並行的，在大部分的西歐國家，教育就是一例。

2. 私有市場是主要供給者，但實質上其角色是受國家委託，例如歐洲國家的住宅費用補貼即是一例。

3. 私有市場是扮演國家福利不足的主要供給者，例如美國的住宅

供給、健康。

然而，這樣的分類過於簡化：

1. 只注重供給行為而忽視國家在商業供給中之管理與補助的重要角色。這內部關連是非常複雜的，很難切割得一清二楚。2. 在公共與私有機構之間很難切割，增加了私有市場與公共部門間服務合作的複雜性：例如收費、保險原則和競爭力等面向。3. 只就公共部門與私有市場關係二分法，可能會有嚴重偏狹的問題，因其仍存在著強有力的志願服務組織或非營利部門，其方法應是四個部門之雙向溝通和一個包括四部門的全面關係（Johnson, 1999: 93）。公私部門之間的比例與這些部門之間的互動關係，確實是一個值得探討的問題，不過，本節

將把主要重點放在商業部門的基本觀念。

簡單的說，市場的定義是販賣者與消費者有目的的志願性交易行為。交易的項目是複雜的，它可能是原料、農產品、大量製造的貨品、勞動力或資本。市場網絡的組成決定於大量的個人和廠商不均衡的活動結果，傳統觀點認為價錢決定於供給與需求之間的關係，平衡價格在於供需的一致。一個完全競爭的狀態，沒有單獨的消費者或販賣者能因他們的行為充分控制市場影響價格，以致於大量的廠商尋求它們最大的利潤，依熟悉的市場價格調整產量。當達到平衡狀態，沒有參與者能增進其利益也沒有人蒙受損失。因此，得以維護資源分配的最高效益。任何完全競爭中的干預行為，會導致效益的喪失及反對：例如工會（除了友善的社會團體）、企業聯盟、獨占和獨家壟斷（單獨或優勢買主）都會影響自由市場的機制。因此，理想的競爭關係是市場的進出完全沒有障礙存在，及供給者與消費者擁有充分資訊，進入市場將完全沒有成本（Johnson, 1999: 94-95）。這種以供需法則決定價格的高低，是新古典學派經濟學家的基本假設。

總而言之，市場機能正常運作的條件如下（陳玉蒼，2006）：

- 1.市場處於完全競爭的狀態。
- 2.同質性的財貨。
- 3.消費者能免費使用資訊。
- 4.所有的財貨和生產要素能無限制的分割。
- 5.來自於外部效果的非自發發性交換關係不存在。
- 6.所有的財貨和生產要素均可以自由的移動。
- 7.隨時間的經過作順應的調適。

當然，這種條件是「理想型態」（Ideal type），很難存在於人類社會之中。只是某個社會經濟的運作過程，比較符合以上多個條件而已。如果符合以上的條件，市場就會透過「看不見的手」對價格加以調節，於是就會產生效率。

通常主張市場自由理念者，其基本預設是：市場供給的效率大於公共供給。這種主張可從 3 個面向來看：成本的相互比較、競爭產生利潤的能力及公共供給沒效率的現象（Johnson, 1999: 97）。但是這 3 個面向是有問題的，如果市場提供低成本的服務，來自於給工作人員微薄的薪水，並要求員工視為「奉獻」，或在競爭的環境之下，精簡

人力，以節省人事成本，往往造成服務品質的降低，恐怕都不是效率的表現。一個部門是否有效率，與組織規模的大小及內外壓力有關，不必然是公私部門的分別，龐大的私部門效率不彰，也是常見的現象。市場所宣稱的優點許多都是有條件的，例如：市場宣稱效率的優點是競爭，即是供給者與有知識的消費者所產生的完全競爭關係；市場的失敗則源於不完全競爭，而大部分的不完全競爭，就是指獨占事業一由單獨的供給者或很少的團體控制整個市場。當只有很少的供給者，而形成集團控制輸出或價格時，市場缺點也就發生了。不只是供給者太少，一些存在的單位也都是低度發展的，從居家照顧來看，會形成照顧技術不足，服務也不夠多樣化的現象（Johnson, 1999: 103-104）。

此外，完全競爭的豐富利益依賴的是市場沒有阻礙的進出，但進入市場並非不需要成本的，且資源的限制是供給者潛在的阻礙，特別是足夠的低價勞力。還有的阻礙包括：1.無論生產如何，成本是不可逆的；2.使用者的易受傷害和照顧的投入；3.因市場的定位而改變產品，也是需要成本的。另外，服務

使用者是否有足夠知識判斷服務供給的品質，是很大的難題，即使專家也很難在短時間當中加以判斷，遑論一般消費者。

市場經濟理論假設的理性行為是，供給者企圖追求最大的利潤和消費者企圖得到最大的滿意度／利益，他們相信理性的決定可以開創事業。但是，人們考慮進入市場不可能如教科書上完美個人理性的模式。而私人市場供給的效率高過政府供給，這樣的推論也沒有被證實過。一些市場執行的好，但也有些是失敗的，市場並不如想像中美好，過度期待市場力量，恐會大失所望。

二、美國、日本與智利人群服務商業化發展趨勢

健康與福利私人市場的成長已超過 20 年的歷史，Johnson（1995）看到其發展的趨勢從西歐、北美到中東歐等國家，每個國家的發展及實行的範圍有相當大的不同。在美國市場總是扮演重要的角色，特別是在健康照顧上，且仍繼續實施中。但是，在地球另一端的北歐國家，健康與福利私人市場絕不是主要供給者，雖然現在逐漸有一些改

變，但幅度並不大。因此，不同福利國家典範會採取不同程度的人群服務商業化措施，本節當中將介紹美國的健康保險、日本的介護保險及智利的年金制度商業化的情形。

(一)美國健康保險制度

在健康服務的供給上，也常見到以市場法則，運用私人機構方式提供服務，其代表性的國家就是美國。美國是眾所公認世界上最大的私人健康供給的國家，1991年健康消費在所有消費的比例占43.9%，其中54%醫院資金來自政府。而在歐洲聯盟（EU）的國家，政府在健康的花費是非常高的：最低比例是葡萄牙（61.7%），最高比例是盧森堡（91.4%）。聯合國統計各國政府在健康消費上平均為83.3%，高於歐洲聯盟平均的78%，美國則明顯偏低（Johnson, 1999: 123）。

在美國非營利醫院仍是醫院照顧的主要供給者，在1989年營利醫院占有所有醫院的17%及11%的病床數，但成長的趨勢明顯。在1980~1989年營利醫院增加28%，其病床數增加至41%，其消費成長了156%，主要的擴展是在短期專科醫院。居家照顧長期則由營利部門供給，在1987年有71%私人成立機構

並提供71%的床數。居家照護在私人單位高度的擴展，是起源於1970年採用醫療保險（medicare）和醫療救助（medicaid）計畫方案，它允許提供服務取得利潤（Johnson, 1999: 125-126）。

醫療保險和醫療救助計畫是在1965年開辦，它代表政府對健康照顧的責任。醫療保險是為受雇者在其工作期間提供保障的設計，醫療救助計畫則針對低收入戶，但也有許多非低收入戶使用。在1993年有12.2%的人口包含在醫療救助計畫中並迅速的升高了醫療救助計畫的成本。為試圖削減醫療保險和醫療輔助計畫的成本，美國採用3種形式（Johnson, 1999: 127）：

- 1.增加病人扣抵額的比例，讓病患承擔一部分成本。
- 2.減少對供給者的支付總額。
- 3.採用診斷關係群（DRG）制度。

由於美國在健康照護市場上是公私並存，營利與非營利醫院在成本上會有不同的使用方式，營利醫院會有較高成本用在治療花費上，但住院的天數較短，以降低成本。一般而言，醫院為了減少照顧的成本，避開無利潤的病患治療，通常有3種方式：

- 1.離開低收入戶集中的地區。
- 2.不選擇提供沒有保險者或保險給付不成比例的服務。
- 3.積極的避免和阻止病患使用他們無法負擔的醫療照顧。

Marmor (1987) 認為營利的醫療機構比公共部門或非營利組織的供給者更常使用上述 3 個策略。事實證明，降低成本可能為營利事業帶來品質的喪失，同樣在英國的健康服務中也可以發現相同的情況。Milne (1987) 認為將服務委託給商業團體經營時可以減少三分之一或更多的成本，但發現委託經營導致工作內容及服務水準的降低。此外，管理者會找機會重新分配工作，例如護士被要求去做一些早先是助理做的工作。

因此，成本導向、利潤至上的健康照顧服務，似乎並未有效提升服務的品質，反而在「競爭」的名義下，為了製造更多的「商機」，必須以「過濾病患」、「剝奪員工勞動權利」等方式，以降低經營成本。顯見美國的健康照顧市場，有很大的缺點。另外，在美國健康照顧系統的核心是私人保險制度，但是卻問題重重，最嚴重的是有 4 千萬人至今沒有任何健康保險的保障（陳聽安，2003：20）。對於號稱

全世界最富強的國家而言，確屬不可思議。

(二)日本介護保險制度

在亞洲國家當中，引進企業力量提供老人服務最為發達的國家首推日本，該國老人人口已在 2006 年超過全國總人口比例的 20%，其代表性的制度就是介護保險。東吳大學社工系與台北富邦銀行公益慈善基金會於去（2006）年 12 月 22 日共同舉辦「高齡者福利與企業」國際研討會，會中邀請日本學者與國內企業界投入老人安養機構者，共同探討企業經營老人福利產業的優缺得失。依據日本東北福祉大學 Ejiri Yukio 教授（莊秀美譯，2006）的資料顯示：企業在介護保險法實施初期（2000 年前後）即開始投入老人照護工作，其中以具備成長潛力的中小創新企業，例如電腦、積體電路、高級服飾等公司及 NPO 為主，提供服務以訪視照護服務與沐浴照護服務為主。2003 年之後，大型企業也紛紛加入服務的供給，例如電力公司、建設公司、住宅公司、瓦斯公司、鐵路公司等，幾乎可以想到的大型企業，除本業之外，都以設立子公司或個別公司方式加入，並以提供訪視照護服務

及付費老人院為主。在主要照護事業當中，營利法人（企業）在服務領域中，逐漸占有一席之地，其中訪視照護占 48%、團體家屋占 47%、居家照護支援占 30%、通院照護占 25%，輔具製造、販賣則幾乎都是企業。

日本企業大量投入長期照護市場，並不如想向當中成功。許多企業，特別是新參與的企業，在營運初期就因為服務顧客量不足，而面臨裁員、縮減規模、甚至合併或倒閉的困境，其主要原因如下（莊秀美，2005）：

1. 錯估服務需求總量：照護服務需求市場並未擴大，但是參與經營的機構卻急速增加，導致每個機構的平均利用人數不足，收入短缺。

2. 新設機構面臨挑戰：社會福利法人與醫療法人長期經營照護服務的提供，基礎相當穩固，較可能以較優渥的薪資聘用經驗豐富的員工提供服務，民眾較為習慣亦有信心，因此，社會福利法人較占優勢，企業新成立的照護服務機構自然乏人問津。

3. 福利正義遭受質疑：部分負擔持續上升，引起居民強烈批評福利機構營利取向，並非所有的老人

及家庭都有能力負擔，也因此福利的平等正義原則受到莫大質疑。

綜上，日本在介護保險服務的供給上，大量引入商業部門，是福是禍，尚在未定之天。只是如果一味的開放企業進入照顧市場，卻無一套嚴格的評鑑機制，恐會造成服務品質的低落；同時，經營不善，頻繁的兼併倒閉，對受服務者而言，一定會產生極大困擾，影響其接受適當服務的權益。

(三) 智利年金制度

智利的年金改革曾經是 1980 年代世界各國年金制度的典範，讓許多苦於年金保險制度財務負擔沈重的歐美國家趨之若鶩。該國於 1981 年在世界銀行的協助下，進行年金改革；將老年經濟安全保障辦理方式，由先前的社會保險制度，改為建立個人儲蓄帳戶，並由民營的年金基金管理公司辦理。因為初期已經擺脫過去社會保險制度沈重的財務虧損，減少參加者的費用負擔；並且引進民營化經營以後，由於完全競爭的關係，也提高了基金的獲利能力。此外，國家也累積了鉅額的資本，可以提供各項建設所需。基於拉丁美洲與加勒比海地區國家也受到年金財務虧損的影響，極力

試圖擺脫國家財政壓力，文化與經社背景與智利相似，就成為模仿學習的對象。在 1990 年代中期以來，紛紛模仿智利模式，推動第 2 波的年金制度改革（柯木興，2002：94～95；徐廣正，2000）。台灣的年金制度規劃初期（1993～1994）階段，正值智利年金模式輝煌騰達階段，就有一些財經背景的經濟學者，大力主張揚棄社會保險年金制度，改採智利模式的個人儲蓄帳戶制度。

可惜好景不常，以納入市場機制，強調個人自我負責的智利年金改革，才 10 年光景就弊端叢生，新制年金基金管理公司最初有 12 家，一度增加為 23 家，經營效率較差者遭到清算及解散，至 1997 年 10 月僅剩下 21 家，現又減至初期的 10 餘家。其主要原因為允許參加者任意選擇基金管理公司，公司為吸引人們加入，不惜刊登廣告促銷，並且提高營業人員獎金，造成經營成本，節節高昇。此外，經濟不景氣也使年金基金獲利減少，從 1991 年獲利率 29.7%，到 1995 年迅速跌至 -2.5%，來回相差 32.2%，顯示獲利波動頗大（陳聽安，2003：81；徐廣正，2000）。民眾逐漸喪失對新制年金的信心，雇主亦不願再繳

交費用，使智利年金的改革又變成一個負面教材。

從以上 3 個例子當中，都看到市場介入人群服務供給並不如預期的順遂。美國是價格昂貴，且分配不均的醫療市場；日本是過度競爭，倒閉兼併，嚴重影響受服務者權益；智利則將老年生活保障的責任賦予民眾，但民眾卻無充分資訊，瞭解投資的風險，且基金對獲利率過份樂觀，一旦遇到經濟不景氣，難免落入虧損累累的窘境。這些都印證了自由市場經濟的限制：分配不均、貧富兩極、兼併壟斷、資訊不足與過度樂觀等現象，使商業化的人群服務未蒙其利，先受其害。如果再進一步思考商業部門在提供服務的過程中，也會產生以下問題：

(一)過濾受服務者：為了降低成本，對於需要更多成本的棘手受服務者不會是商業化經營機構者的照顧對象，會在照顧的初期，予以過濾；即使服務一段時間之後，受服務者的經濟或身體狀況變差，這些機構難保不會用各種理由將之「轉介」，以減輕經營者財務負擔。

(二)政府部門的照顧負擔將更沉重：商業化機構不願照顧的個案，會形成「人球」，沒有人想接續服

務，到了最後一定回到政府照顧系統，政府將會成爲最後一道防線。這些棘手個案會增加政府照顧的負擔，成本也會遽增，於是民意代表、輿論界甚至商業部門，就會大力批評政府是「沒有效率的」。

(三)低價惡性競爭，服務品質難保：既然自由競爭，低價即是最好的策略，尤其是面對經濟狀況不佳的弱勢族群。但是，羊毛出在羊身上，受服務者只能忍受較差的服務，相對於部分堅持高品質昂貴服務的商業化機構，無形當中形成服務「階層化」效應，助長社會貧富兩極的印象。

(四)商業利益與社會公益的兩難：人群服務的供給與物品的販售是非常不同的行爲，牽涉到人權、人道與社會正義的議題。以利潤爲中心的商業行爲，處處顯現成本效益的原則，會被質疑對人權的漠視；但是，既然以商業手法經營，賺取利潤本就是天經地義的事，因此，商業利益與社會公益之間的平衡，將是政府、社會大眾與機構經營者最大的難題。

從這些面向看來，商業化的人群服務提供，僅能作爲少部分補充性的服務，在短期內恐很難取代公共與非營利組織所提供的服務。而

一個穩定的社會福利體制，政府部門扮演著重要的角色，它必須是政策規劃者、財務補助者與監督考核者與適度的服務供給者，如果沒有強而有力的公共福利就沒有制度健全的社會福利。一般民眾也比較能夠接受人群服務必須具有社會公益與社會責任的精神，而不是「商品」被人論斤秤兩。

三、台灣人群服務組織商業化的發展

嚴格來講，台灣並沒有商業化的社會福利，所有的福利事業均被界定爲「非營利組織」不能以謀求利益爲目的，必須向社政單位立案，必須爲法人登記。不過，近幾年來，社會福利事業被界定爲「非營利」性質的現象已有逐漸鬆動的趨勢。如果將台灣人群服務組織具有商業化的精神，可從「純粹慈善性」到「純粹商業性」光譜當中區分爲幾種型態（如圖1）：

(一)法人性質之社會福利機構：此爲典型之非營利組織，也是最常見的社會福利單位，包括機構或團體方式，其共同的特色就是必須辦理財團法人或社團法人登記，當辦理法人登記之後，其財產成爲「準

公共財」，因故停止經營時，其財產由政府處分。但在營運過程中，可以對外募捐、接受政府補助與享受稅捐減免。

(二)非法人性質之社會福利機構：以小型立案之老人福利機構為代表，老人福利法第 12 條規定：小型設立且不對外募捐、接受補助或享受租稅減免者，得免辦財團法人登記。現行小型立案機構不用辦理財團法人登記，雖然有「三不」規定，但可免除萬一不想繼續營運時，其財產被政府接管的命運，顯然將財務責任由機構自行承擔，也無形中讓「市場」機制進入小型老人安養機構當中，機構可以依據經營狀況自由進出，並不必擔心財產被接管。不過即使如此，本條依然規定：私立老人福利機構不得兼營營利行為或利用其事業為任何不當之宣傳。因此，這類福利機構仍歸為「非營利組織」。

(三)服務過程產生部分營利行為之社會福利機構：以身心障礙者庇護工場為代表，此種機構係為加強身心障礙者的職業重建或就業機會，常會藉由庇護工場的工作，讓其適應職場工作環境或培養一技之

長，在訓練過程中常會生產物品或提供服務，如涉及營利行為，往往需另辦理商業登記，使社會福利機構兼具有商業行為。

(四)個人獨立執業之人群服務機構：以社工師事務所為代表，依靠個人專業知能，對案主提供所需的服務，服務可以收費，亦可接受政府委託服務，機構經營必須由個人自負盈虧。依據內政部統計，截至 2004 年領有社工師執業證照有 1,019 人，至 2006 年 8 月 25 日社工師及格人數為 1,995 人，但真正開業者屈指可數。

(五)企業經營之人群服務機構：以淡水潤福新象養生住宅及內湖康寧生活會館為代表，這些養生村均以「旅館」為名申請商業登記，其特色在標榜五星級銀髮專用住宅，從空間規劃到最細微之處，全都是針對老人需求，以及生理特徵而設計（王培守，2006）。當然，既然是五星級的設施設備，其收費也是五星級的標準，主要居住者以外省籍高階軍公教人員領有月退休俸者及退休之企業家為主，一般升斗小民恐不得其門而入。

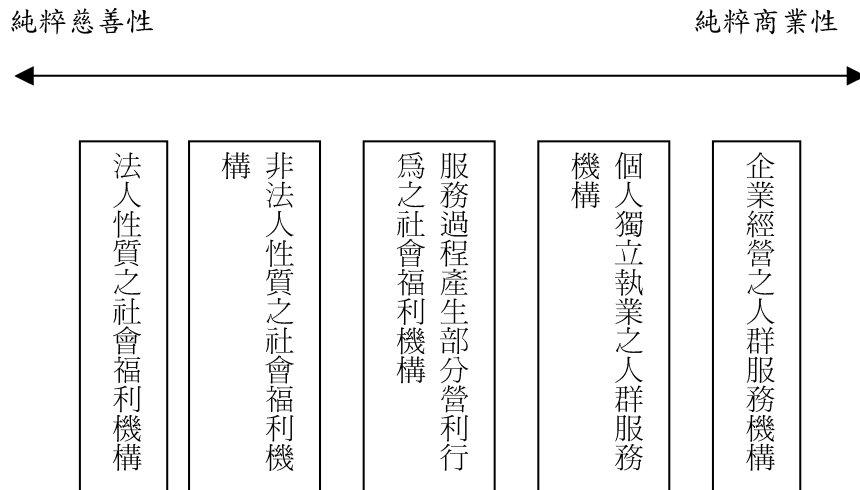


圖 1 人群服務組織商業化光譜
資料來源：作者自繪

從以上的光譜當中，就可以看出，法人性質之社會福利機構仍然是人群服務主要供給者，現行社會福利法規對此類型機構規定得最明確、最周延；非法人性質的機構以小型老人養護院為多，機構數目並不少，依據內政部 2005 年 12 月底統計資料顯示：全國小型長期照護機構有 19 所、小型養護機構有 760 所；服務過程產生部分營利行為之社會福利機構，以身心障礙福利機構居多，大都具有庇護工廠的性質；個人執業之社工師事務所，囿於台灣社會工作專業化制度較晚，至今寥寥無幾；企業經營之人群服務機構也屈指可數，其設立本以營利為目的，不過，據業者表示：企

業經營老人住宅雖屬營利性質，但就實質而言，是屬「社會公益」，即使獲利亦是「微利」（王培守，2006）。

另外，勞工福利部分也有類似商業化的措施，政府對福利制度不再堅持由國家辦理，而釋放出空間讓企業承接，其具體的例子就是去年開辦的「勞工退休金」制度，依據勞工退休金條例第 35 條規定：僱用勞工人數 200 人以上之事業單位經工會同意，事業單位無工會者，經二分之一以上勞工同意後，投保符合保險法規定之年金保險，得不依第 6 條第 1 項規定提繳勞工退休金。但選擇參加年金保險之勞工人數未達全體勞工人數二分之一以上

者，仍不得實施。

前項所定年金保險之收支、核准及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之；事業單位採行前項規定之年金保險者，應報請中央主管機關核准。

第 1 項年金保險之平均收益率不得低於第 23 條之標準。

本條的立法意旨即是 200 人以上的事業單位員工，得不參加由政府辦理的退休金提撥制度，可以經由多數決購買商業部門的年金，不過，其平均收益率不得低於政府標準。此一規定讓商業保險公司可以開發販賣勞工退休金的產品，讓勞工有機會享有更高的收益，保障其老年經濟生活安全。

此項規定看似立意良好，卻隱藏著危機，尤其是「平均收益率」是否能夠得到保證，存在不可見的風險。萬一保險公司未達到收益率，是否要由政府補貼差額？如果公司經營不善倒閉，是否要由政府概括承受？如果必須要由政府概括承受，又何必要讓商業保險公司在過程中飽私囊，最後由政府收拾殘局？如果政府「尊重」自由市場，讓保險公司倒閉，勞工退休金血本無歸，又要誰負責？國內金融機構惡性倒閉事件，時有所聞，勞工退

休金制度納入商業機制，是否會步智利後塵，確實令人質疑。

台灣在人群服務商業化的發展仍屬初步階段，並沒有任何大型的社會福利制度，以商業化的精神加以規劃，即使少部分企業投入人群服務的領域，經營的狀況仍存在著許多變數，甚至希望公部門扮演推動的力量，制訂符合投資環境之獎勵措施及優惠，以鼓勵企業投入養生村的經營（王培守，2006）。因此，如果政府認為福利事業商業化是可行的途徑，當然可以使用獎勵投資條例給予各種優惠。不過，企業在享受優惠之際，其提供的服務對象恐就必須兼顧經濟或身心條件較差的受服務者，如此是否會與機構設立的宗旨，有所違背，要由機構加以取捨。否則，機構所服務的對象均集中在社會中高階層的既得利益者，其社會正義何在，恐會遭到質疑。

四、結語

近十年來，在全球化推波助瀾之下，新自由主義的思想似已成為主流的意識型態。「自由市場」的邏輯，也受到普遍的肯定，甚至包括一向堅持社會主義理念的共產國

家，例如中國、越南、中歐、東歐及前蘇聯，均難以抵擋這一股資本主義的力量。資本主義所強調的市場自由理念，也深植人心。對市場重視的現象之一，就是公部門已接受市場的觀念，並將其融入公共政策當中，公共事務將市場調查、競爭、績效等指標納入，施政的作為盡量考量「民營化」的可行性，市民則被當作服務「消費者」。志願部門也被市場影響，爲了要和商業機構競爭，所以也要學習競爭對手的行爲，開始強調「新管理主義」的觀念，於是效率、效能、責信、評鑑等語彙，充斥在社會工作管理的書籍當中。

不過，主要的問題仍在於，福利混合經濟中，市場機能的原則要到何種程度？這世界不是只有「市場法則」，慈悲、容忍、信任、互

愛、民主、法治、人權、自由、平等、正義等普世價值，仍是在「市場至上」的社會下重要的核心議題。當市場要提供人群服務時，這些價值必須要同時被考量，何況市場並非萬能，其所製造的問題與解決的問題是不分軒輊。

台灣雖然是一個以資本主義爲經濟運作原則的國家，但是，對於先進國家在人群服務商業化過程中所產生的現象，卻必須慎思明辨，仔細思量，否則看起來也許是「國際潮流」說不定卻是「福利逆流」？因此，人群服務商業化在社會福利的歷史長河中奔騰，到底是波瀾壯闊的滔滔巨流，或是一衣帶水的涓涓細流，就讓我們拭目以待。

（本文作者賴兩陽現為東吳大學社會工作學系副教授）

📖 參考文獻

- 王培守（2006）潤福生活事業——潤福心，銀髮心，發表於東吳大學社會工作系主辦「高齡者福利與企業」國際研討會。
- 李碧涵（2000）市場、國家與制度安排：福利國家社會管制方式變遷，發表於台灣大學社會學系與台灣社會學社主辦「全球化下的社會學想像：國家、經濟與社會」學術研討會。
- 林萬億（2003）當代社會工作——理論與方法，台北：五南圖書公司。
- 柯木興（2002）社會保險，台北：中國社會保險學會。

- 莊秀美 (2005) 日本社會福利服務民營化——「公共介護保險制度」現況之探討, 台大社工學刊 (11) : 89~128。
- 徐廣正 (2000) 智利及其鄰近國家的年金改革：趨勢與展望, 社區發展季刊 (91), 167~203。
- 陳玉蒼 (2006) 從準市場機制看日本介護保險制度下介護市場的現狀——以訪問照護服務為中心, 社區發展季刊 (115), 392~407。
- 陳聽安 (2003) 國民年金制度, 台北：三民書局。
- 陳聽安 (2003) 健康保險財務與體制, 台北：三民書局。
- 賴兩陽 (2006 修訂版) 社區工作與社會福利社區化, 台北：洪葉文化公司。
- Ejiri, Yukio, 莊秀美譯 (2006) 日本的高齡者福利與企業——企業的照護服務事業。發表於東吳大學社會工作系與台北富邦銀行公益慈善基金會共同主辦「高齡者福利與企業」國際研討會。
- Gould, A., 吳明儒、賴兩陽 (合譯) (1997) 資本主義福利體系：日本、英國及瑞典之比較, 台北：巨流圖書公司。
- Herzlinger, E. R. 北京新華信商業風險管理有限責任公司譯 (1997) 非營利組織管理, 北京：中國人民大學出版社。
- Gilbert, N. and P.Terrell (1998) Dimensions of Social Welfare Policy. Boston: Allyn and Bacon.
- Johnson, N. (1987) The Welfare State in Transition: The Theory and Practice of Welfare Pluralism. Sussex: Wheatsheaf Book Ltd.
- Johnson, N. (1995) Private Market in Health and Welfare: An International Perspective, Oxford: Berg.
- Johnson, N. (1999) Mixed Economies of Welfare. London: Prentice Hall Europe.
- Kerr et al. (1962) Industrialism and Industrial Man. London: Heinemann.
- Marmor, T.R., Schlesinger, M. and Smithey, R.W. (1987) 'Nonprofit organization and health care', in Powell, W.W. (ed) The Nonprofit Sector: A Research Handbook, New Haven: Yale University Press, pp.221-39.
- Milne, R.G. (1987) 'Competitive tendering in the NHS: an economic analysis of the early implementation of HC (83) H8', Public Administration, vol.15, no.2, pp.145-60.